

מבוטח יקר

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, על פי הכיסוי לתאונות אישיות לפי תנאי הפוליסה.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את הטופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספחים המצורף בזאת.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו אל:
כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 723 תל אביב 6100701, או לפקס שמספרו 077-6383172,
או למייל שכתובתו claltvielemetar@clal-ins.co.il

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנא ציין את מספר הטלפון הסלולרי שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדכון רציף בסטטוס התביעה.

כמו כן, נבקשך למלא כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.
[מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.](#)

שים לב!
מובהר כי קבלת טופס התביעה אצל המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: *6564

בברכה,

מחלקת תביעות תאונות אישיות

מערך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ



נספח א' - רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב תביעה

תביעה מכוח פוליסת ביטוח תאונות אישיות

- טופס הגשת תביעה (תאונות אישיות / מחלה) - מלא וחתום, מצ"ב.
- מסמכים רפואיים מיום האירוע.
- אישור מהעמותה / מהמאמן המאשר נסיבות הפציעה ותאריכי ההיעדרות עקב התאונה.
- מסמכי חדר מיון / בית חולים / מוקד רפואי.
- אישור רפואי שהתובע לא סבל בעבר מבעיות רפואיות.
- סיכום מידע רפואי אודות מצב רפואי עדכני.
- צילומי רנטגן / צילומי שיניים שבוצעו בעקבות האירוע כולל פענוח.
- ייפוי כוח חתום במלואו, הכולל את תאריך האירוע.
- כתב ויתור על סודיות רפואית חתום, מצ"ב.
- חוות דעת מרופא מומחה המעידה על נכות צמיתה, במידה ונותרה.
- אסמכתאות מקוריות המבוססות את הדרישה לתשלום הוצאות רפואיות, כמוגדר בפוליסה.
- מסמכי המוסד לביטוח לאומי.
- אישור היעדרות ממגנזון כ"א במקום העבודה / המוסד החינוכי, האישור יכלול תקופת היעדרות מלאה / חלקית, פירוט שיעור המשרה בפועל, כתוצאה ישירה מהאירוע.
- תעודת פטירה.
- צו ירושה/ צו קיום צוואה מאושר כדין עם חותמת נאמן למקור.
- פרטי העברה בנקאית בצירוף צילום המחאה.

נבקש להבהיר, במידה ולא יתקבלו המסמכים המפורטים לעיל במלואם לא יהיה ניתן לקדם את הטיפול בתביעתך.



שם הסוכן		מחלקה / מרחב	
מספר זהות / ח"פ	שם מבטוח	מספר פוליסה	
ב			

נספח ב' - טופס הגשת תביעה תאונה / מחלה במסגרת פוליסת תאונות אישיות (בצירוף טופס וס"ר)

1. פרטי המבוטח / הנפגע

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
ב			
כתובת מגורים / רחוב	מספר בית	עיר	מיקוד
חבר קופת חולים	משנת	מקצוע	עובד
			☐ שכיר ☐ עצמאי
שם המעסיק	כתובת מקום עבודה / רחוב	מס'	עיר

דוא"ל _____
 אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.
 * במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.
☐ אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.
☐ אני מאשר שכלל תשלוח אליי, במקום באמצעות דואר ישראל, מסמכים והודעות על פי דין בקשר למוצרים שלי בקבוצת כלל לכתובת הדואר האלקטרוני בכתובת המפורטת לעיל ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה.

2. פרטי המקרה: ☐ מחלה ☐ תאונה

תאריך האירוע	שעה	מקום האירוע (כתובת מדויקת)
נסיבות האירוע ומהות הפגיעה:		
שנה חודש יום נבדקתי לראשונה ע"י רופא בתאריך:		
עד ראייה למקרה (שם פרטי ומשפחה)	כתובת	מספר טלפון נייד
אושפזתי בבית"ח	מתאריך	ועד תאריך
נעדרתי מעבודתי באופן מלא	מתאריך	ועד תאריך
נעדרתי מעבודתי באופן חלקי	מתאריך	ועד תאריך
האם תביעתך סופית	שם הרופא המטפל	כתובת
כן ☐ לא ☐		מספר טלפון



3. כללי

האם בגין פגיעה/מחלה זו הגשת תביעה לגופים, מוסדות, מבטחים נוספים?	☐ לא	☐ כן, פרט
האם סבלת בעבר מפגיעה / מחלה דומה?	☐ לא	☐ כן, פרט
האם הגשת תביעה בעבר לחברת ביטוח ו/או מוסד אחר בשל פגיעה גופנית או מחלה?	☐ לא	☐ כן, פרט

4. אישור ☐ מנהל הקבוצה ☐ מאמן ☐ רכז ☐ גורם אחר - על פגיעה בעת פעילות ספורט:

שם המאשר	תפקיד	כתובת מגורים	מספר טלפון נייד
חתימת בעל _____	חותמת _____		
תאריך _____	התפקיד המאשר _____	האגודה _____	

5. מסמכים שיש לצרף

- יש להעביר אלינו את טופס הויתור על סודיות רפואית המצ"ב כשהוא מלא וחתום ע"י הנפגע.
- אישורים רפואיים לרבות תעודת חדר מיון, סיכומי אשפוז, מוקד רפואי, אישורי המוסד לביטוח לאומי.
- אישור היעדרות ממקום העבודה / לימודים ואישור היעדרות מהאגודה (במקרה של תאונה בעת פעילות ספורט).

6. פרטי חשבון בנק

הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה:

שם בעל החשבון	מספר זהות/ח"פ	כתובת למשלוח הודעת זיכוי
	סב	
שם בנק	מס' בנק	שם סניף
		מספר חשבון

ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח * במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות

7. התיישנות

בהתאם לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981, התביעה תתיישן תוך 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח או במקרה של קטין בהגיעו לגיל 21 לפי המאוחר. כלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות רק הגשת תביעה לבימ"ש עוצרת את ההתיישנות.



הצהרת המבוטח

שימוש במידע ושמירתו

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, יישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

במידה וממונה אפוסטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.

- אני מסכים שכל הדיווחים השנתיים בביטוחי חיים, חסכון ארוך טווח ו/או בריאות שעליי לקבל מחברת כלל יישלחו לדואר האלקטרוני שלי המפורט ב"פרטי המבוטח" ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה.
- אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע לחברת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח _____



מס' תביעה: _____

כתב ויתור על סודיות

אני הח"מ (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) _____ ת.ז. _____ מבקש בזה מכל אדם ו/או מוסד ובכלל זה כל רופא, בית חולים, מרפאה, תחנה לבריאות הנפש ו/או קופ"ח ו/או כל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או כל רופא ו/או כל עובד של המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ו/או כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל עובד במוסדות צה"ל ו/או במשרד הביטחון ו/או משטרת ישראל ו/או כל מוסד אחר כלשהו (לרבות קרנות פנסיה) ועובדיו למסור **"כלל חברה לביטוח בע"מ"** ו/או לבאים מכוחה ו/או מי מטעמה (להלן: **"המבקש"**), את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת לרבות פרטים על מחלות, ניתוחים, בדיקות, צילומים ו/או מצבי הסוציאלי ו/או הנפשי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או כל מוסד סוציאלי ו/או ביטוחי שילם או משלם לי וכל מסמך ו/או מידע אחר ללא יוצא מן הכלל ובכלל זה לעיין, להעתיק ולצלם כל מסמך ומידע הנוגע לאמור לעיל לפי ראות עיניהם ושיקול דעתם הבלעדי, לרבות חומר ומסמכים המצויים בידי משרד הביטחון ו/או שלטונות צה"ל ו/או משטרת ישראל ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או מוסדות רפואיים וציבוריים אחרים.

כל מי שיתן למבקש או למי מטעמו מסמך או מידע כלשהו הנדרש כאמור, משוחרר בזה מחובת הסודיות הרפואית ואחרת ולא יהיו כלפיו כל טענות או תביעות מסוג כלשהו. בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מאגר מידע רפואי או אחר של כל מוסד שהוא ו/או כל נותן שירותים שהוא.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום:

שם ומשפחה: _____ מס' ת.ז. _____ מען: _____
שם הקופה: _____ סניף: _____ מס' אישי בצה"ל: _____
שמות הרופאים המטפלים (משפחה ומקצועיים): _____

קופ"ח - סניפים קודמים:

שם הקופה:	שם הסניף:	מס' חבר:	שמות רופאים מטפלים ומומחיותם:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

במקרה של קטין:

שם האב _____ ת.ז. _____
שם האם _____ ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אישור

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיעה בפני עו"ד _____ במשרדי ברח' _____, גב'מר _____ שזהה עצמו ע"י תעודת זהויה מס' _____ / המוכרת לי באופן אישי ואחרי שהסברתי לו/ה מהות כתב ויתור על סודיות זה, אישר/ה בפני כי הבין/נה תוכנו וחתם/מה עליו בפני.

תאריך _____ חתימה + חותמת _____



הליך בירור וישוב תביעה

מבוטח יקר

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כנספח ג', אשר החברה אימצה לשם כך.

לקוח המעוניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה. לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהלקוח, תבחן החברה את זכאות הלקוח לתגמולי ביטוח או לקצבה, לפי העניין, בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה¹ פנימי או חיצוני מטעמה לצורך בירור התביעה, כגון רופא מומחה או מבצע הערכה תפקודית/בדיקת תשישות נפש במסגרת בדיקת תביעה לקבלת תגמולי סיעוד. במקרה כזה שמורה ללקוח הזכות להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע החלופות הבאות: תשלום מלוא התביעה, תשלום חלקי של התביעה, תשלום במסגרת פשרה, או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר ללקוח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח ג'). בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981², תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח (להלן: "תקופת ההתיישנות"). לתשומת לבך, במקרה שבו עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח". (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14). תנאי חוזה הביטוח עומדים לרשותך גם באתר האינטרנט של החברה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח או תקנון קרן פנסיה, על הלקוח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח א'.

במידה והלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא עליו להמציא מסמכים מבססים, הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לדין, לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת מסמכים.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

¹ לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

² יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח - 1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות למשל לעניין קטין.



נספח ג' - מערכת הכללים

החברה אמצה מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, אשר אלה עיקריה:

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה.

בהקדם האפשרי לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך שנדרשו מהתובע בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה. אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע - על החברה לדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו התברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

לידיעתך: בכל מקרה בו תובע לא המציא מידע ומסמכים שהתבקשו וזאת בתוך 45 יום מהדרישה המקורית, יסתיים הטיפול בתביעה והתובע רשאי לשוב ולפנות בעניין התביעה בכפוף לדיני ההתיישנות.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה, החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה (בדרך של תשלום, תשלום חלקי, פשרה או דחייה), או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח או תקנון קרן פנסיה, על הלקוח/ה למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ג', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ב'. במידה והלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא עליו להמציא מסמכים מבססים, הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לדין, לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת מסמכים. במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך בירור, תכלול ההודעה את הסיבות בגין נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים.

התיישנות

תשומת לבך, בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תתווסף פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת ההתיישנות הרלוונטית לסוג הפוליסה נשוא תביעתך, וזאת בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות.

יודגש - הגשת תביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.



בירור תביעה בעזרת מומחה

הסתמכה החברה על חוות דעת מומחה לצורך יישוב התביעה, חוות הדעת תהיה מנומקת, ותכלול את כל הפרטים הנדרשים על פי החוזר לרבות רשימת המסמכים עליהם נסמכת חוות הדעת. חוות הדעת תועבר לידי התובע כחלק מהודעת יישוב התביעה הרלוונטית שתימסר לו.

היענות לפניית מבוטח או תובע

כל פניה בכתב של מבוטח או תובע תיענה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה.

בקשה של תובע לקבל העתק מהפוליסה תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה.

בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע חתום עליו או ממסמך אשר הגיע לידי החברה מהתובע או בהסכמתו, תיענה בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת:
<http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>

טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור"

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(7)	דרישה מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים
8(יג)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים
8(יג)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח של צד שלישי	7 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים
8(טו)(1)	מסירת העתקים מפוליסה או תקנון	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים

